

RUPTURE DU LIGAMENT CROISE ANTERIEUR (LCA)

Description

La rupture du LCA survient le plus souvent lors d'une activité sportive à risque (rugby, football, handball, arts martiaux, ski...). Le traumatisme survient souvent avec la jambe en hyper extension ou en flexion associée à un mouvement en rotation interne ou externe, pied bloqué. Le patient ressent et entend un craquement et une vive douleur.

Il s'ensuit des douleurs et un gonflement du genou, l'appui est souvent possible, mais avec une sensation d'instabilité.

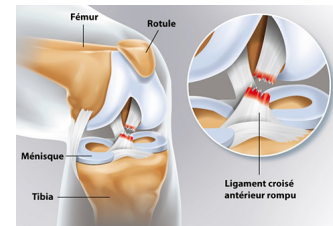


fig 1 . anatomie du genou et rupture du LCA

Diagnostic

Le diagnostic est tout d'abord clinique, lors d'une consultation. Lors de l'examen le médecin retrouve une laxité antérieure appelée « tiroir antérieur » associé à un ressaut rotatoire. L'examen permet également de rechercher des lésions associées : méniscales, tendineuses, osseuses ...

Une IRM est ensuite nécessaire pour confirmer le diagnostic en montrant une rupture complète ou partielle de ce ligament croisé antérieur.

Lors de la consultation avec le chirurgien il faudra évaluer l'instabilité secondaire liée à cette rupture afin de proposer le traitement le plus adapté.

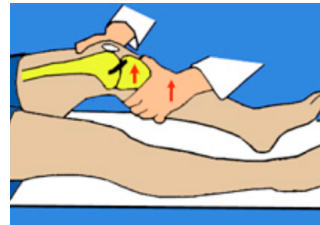


fig 2 . tiroir antérieur – test de lachman



fig 3 . IRM montrant la rupture du LCA

Traitement chirurgical

Il est dépendant de l'âge, du niveau et du type de sport pratiqué, mais surtout de l'instabilité et de la présence de lésions méniscales associées.

La rééducation par un kinésithérapeute avec renforcement musculaire peut parfois suffire en stabilisant les structures péri articulaires du genou.

Le traitement chirurgical s'il est décidé s'effectue par arthroscopie. Il consiste en un remplacement du LCA rompu, on appelle cela une « Ligamentoplastie ». De la kinésithérapie peut être proposée avant l'opération pour préparer le genou à celle-ci et améliorer la récupération post opératoire.

Si des lésions méniscales sont associées, elles seront prises en charge lors de la même intervention.

Le ligament croisé rompu est remplacé par des tendons (ischiojambiers le plus souvent ou rotulien) prélevé au niveau du même genou. Des tunnels osseux sont réalisés au niveau tibial et fémoral pour venir insérer puis fixer la greffe tendineuse de manière solide (par endobutton ou vis).

L'opération se fait le plus souvent en ambulatoire.

Il y a au total 4 cicatrices : une cicatrice de 2cm environ pour le prélèvement du tendon, deux cicatrices de part et d'autre du tendon rotulien d'1 cm pour introduire la caméra et les instruments nécessaires à l'arthroscopie.



fig 4 . Préparation de la greffe tendineuse

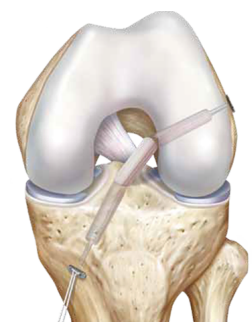


fig 5 . ligamentoplastie, greffe tendineuse en place

Suivi

Des consultations de suivi sont organisées avec votre chirurgien à 1 mois, 3 mois, 6 mois.

Votre chirurgien vous accompagne tout au long de la récupération et de la rééducation.

La participation active du patient tout au long de la prise en charge est indispensable pour une récupération fonctionnelle optimale. La rééducation post opératoire est primordiale, et devra se faire selon le protocole proposé par le chirurgien.

